UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 54

9.

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PROSTATECTOMIE D'URGENCE

THÈSE

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 3 Mai 1913



PAR

Charles BARTOUX

Né à Artonne (Puy-de-Dome), le 24 février 1886

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse
- SARDA, Professeur, *Président.*
- VIRES, Professeur.
- SOUBEYRAN, Agrégé. — *Assesseurs*
- EUZIÈRE, Agrégé. — *Assesseurs*



MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse, — Téléphone : 8-78

1913

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PROSTATECTOMIE D'URGENCE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 54

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
PROSTATECTOMIE D'URGENCE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 3 Mai 1913

PAR

Charles BARTOUX

Né à Artonne (Puy-de-Dome), le 24 février 1886

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse
- SARDA, Professeur, *Président*.
- VIRES, Professeur.
- SOUBEYRAN, Agrégé. } *Assesseurs*
- EUZIÈRE, Agrégé. } *Assesseurs*



MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse, — Téléphone : 8-78

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻)............ Doyen.
SARDA.................. Assesseur.
IZARD.................. Secrétaire

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales............	MM. GRASSET (O. ✻).
Clinique chirurgicale..............................	TEDENAT (✻).
Clinique médicale..................................	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✻).
Physique médicale..................................	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.........	GRANEL.
Clinique chirurgicale..............................	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique...........................	TRUC (O. ✻).
Chimie médicale....................................	VILLE.
Physiologie..	HEDON.
Histologie...	VIALLETON.
Pathologie interne.................................	DUCAMP.
Anatomie...	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie......	ESTOR.
Microbiologie......................................	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....................	SARDA.
Clinique des maladies des enfants..................	BAUMEL.
Anatomie pathologique..............................	BOSC.
Hygiène..	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale..................................	RAUZIER.
Clinique obstétricale..............................	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale..................	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT, HAMELIN (✻).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe..........................	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique......................	De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements...............................	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie..........	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire.........................	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIÈRE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	LISBONNE (ch. d. f.).

Examinateurs de la thèse :

MM. SARDA, Président.	MM. SOUBEYRAN, Agrégé.
VIRES, Professeur.	EUZIÈRE, Agrégé.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage d'une profonde affection.

A MON FRÈRE, A MA BELLE-SOEUR

A MON ONCLE, A MA TANTE

A MES NIÈCES, A MON COUSIN

A MES PARENTS, A MES AMIS

CH. BARTOUX.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SARDA

MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOUBEYRAN

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EUZIÈRE

CH. BARTOUX.

AVANT-PROPOS

En terminant nos études médicales nous ne saurions oublier la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers tous ceux dont le dévouement et la bienveillance nous ont soutenu pendant notre vie d'étudiant.

C'est avec une profonde tristesse que nous évoquons le cher souvenir de notre père arraché bien jeune encore à l'affection de tous les siens ; nous continuerons à vénérer sa mémoire, à suivre ses conseils, à égaler sa probité.

Il nous est bien doux d'exprimer à notre mère toute notre profonde affection. Son amour pour nous n'a pas connu de bornes. Sa vie fut une suite ininterrompue de dévouement et de sacrifices dont nous avons recueilli tous les fruits. Nous saurons lui prouver combien nous l'aimons en entourant sa vieillesse des soins les plus tendres.

Nous remercions notre oncle le docteur Faure des conseils éclairés et des marques d'affection qu'il n'a toujours cessé de nous témoigner. Sa vie de labeur nous indique le chemin qu'il faut suivre pour remplir dignement le rôle que nous nous proposons.

Il est pour nous un agréable devoir d'offrir à nos

maîtres de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand l'expression des vifs sentiments de gratitude et d'estime qu'il nous ont inspiré. De MM. les docteurs Bousquet, Billard, Buy, Lepetit, Maurin, Planchard, Dionys du Séjour, Piollet, nous garderons toujours le meilleur souvenir ; c'est à leur science que nous devons les utiles préceptes qui ont été la base de nos études médicales.

C'est aussi à nos maîtres de la Faculté de Montpellier que va notre reconnaissance. A MM. les professeurs Estor, Rauzier, dont nous avons suivi les cliniques avec plaisir et qui seront pour nous d'un grand secours dans la pratique journalière.

A M. le professeur Puech, qui par une méthode attrayante et originale grava dans notre mémoire l'obstétrique. En maintes circonstances il nous donna des marques de sa sympathie. Nous lui conservons un bien cordial attachement.

A M. le professeur Sarda, en nous faisant l'honneur de présider la soutenance de notre thèse, et pour l'intérêt qu'il nous a toujours bienveillamment témoigné au cours de nos études, nous exprimons nos respectueux remerciements et l'assurance de toute notre gratitude.

M. le professeur Vires nous enseigna une thérapeutique essentiellement basée sur les indications cliniques et répondant en tous points aux besoins du malade. Il nous causa un grand plaisir en consentant à faire partie de notre jury de thèse.

Nous adressons nos sincères remerciements à M. le professeur agrégé Soubeyran qui nous a inspiré le sujet de ce travail et en a tracé le plan.

Nous exprimons à M. le professeur agrégé Euzière toute notre reconnaissance d'avoir bien voulu faire partie de notre jury de thèse.

Nous serions bien ingrat si à notre oncle et à nos maîtres de Clermont et de Montpellier nous n'ajoutions pas le nom de M. le docteur Rouher (d'Artonne). En toutes circonstances il nous donna des marques de sa sympathie et de son amitié. Nous tiendrons à cœur d'imiter l'homme de science intègre et charitable attirant l'estime de tous. Nous saurons lui garder toujours un sincère et fidèle attachement.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PROSTATECTOMIE D'URGENCE

S'il est une affection fréquente et cruelle atteignant l'homme dans la seconde moitié de son existence, c'est bien l'hypertrophie de la prostate.

Sont infirmes, en effet, et malheureux les prostatiques esclaves de la sonde. Tolérable parfois pour le vieillard qui se sonde une fois par jour, est-ce une vie acceptable que celle que vit celui qui recourt aux cathétérismes multiples chaque jour. Manger, boire et se sonder, pourrait-on la définir. La sonde, compagne inséparable des visites et des promenades, si elle ne les supprime pas ; la propreté presque irréalisable, l'odeur d'huile et d'urine imprégnant les vêtements, tels sont quelques-uns des inconvénients qui empoisonnent l'existence du prostatique.

Il nous serait facile de compléter ce tableau des prostatiques, mais notre but n'est ici que de montrer comment, par une intervention, on peut pallier à ces infirmités.

Remarquons d'abord que presque toujours ces infirmités sont doublées d'un danger plus ou moins pro-

chain et qu'à ce titre le devoir du médecin n'est pas d'entretenir la résignation de son malade. Trop souvent cette résignation traduit un état psychique qui est dû moins à la vieillesse qu'aux troubles des fonctions rénales.

Un jour viendra où une rétention aiguë rendra tout cathétérisme à la sonde molle impossible. Si le médecin appelé auprès du patient insiste à vouloir franchir le canal, il peut créer une fausse route dont les complications pourront devenir graves : fièvre urinaire, abcès péri-urétral, cystite, infection urinaire.

La sonde ne pouvant passer, le praticien fera une ponction de la vessie ; mais là encore cette intervention ne peut se répéter plusieurs jours de suite sans entraîner de sérieux accidents. L'incision sus-pubienne sera alors tentée. A un moment donné on crut avoir trouvé dans cette cystostomie une méthode de traitement de l'hypertrophie prostatique ; il n'en était rien. Il est reconnu actuellement que ce n'est qu'un moyen de remédier aux accidents graves d'infection, ce ne sera que le premier temps d'une seconde opération, efficace celle-là, qui ne pourra s'effectuer que dans un temps plus ou moins long : la prostatectomie.

Jusqu'à ces dernières années, la prostatectomie n'a guère été admise comme opération d'urgence, on la considérait au contraire comme une opération devant être faite de propos délibéré après une observation attentive du malade et quand les circonstances (rétention aiguë, impossibilité du cathétérisme, fausses routes, congestion intense de la prostate) obligent à pratiquer la cystostomie. La plupart des chirurgiens sont d'avis de procéder en deux temps, de pratiquer d'abord la simple cystostomie et plus tard la prostatectomie.

Cette manière d'agir est sage sans doute, puisqu'elle diminue le shock opératoire ; de plus elle permet aux prostatiques infectés de drainer les voies urinaires, par là même améliorer l'état général et favoriser ainsi le deuxième temps de l'opération : la prostatectomie.

Par contre, cette opération en deux temps présente des inconvénients : elle prolonge la durée du séjour au lit dont on connaît le danger chez le vieillard, elle impose deux anesthésies et deux opérations.

L'opération en un temps permet au contraire de traiter dans la même intervention la lésion causale et la complication, de supprimer en cas de fausse route le trajet intra-prostatique habituellement voué à l'infection et devenant ainsi le point de départ d'affections redoutables.

D'après M. Viannay, le plus gros shock est donné par l'ouverture de la vessie. L'énucléation de l'adénome péri-urétral contribue bien peu à la gravité de l'intervention.

Un facteur important influe sur le succès de l'intervention : l'habileté du chirurgien. Plus l'opération sera de courte durée, plus les chances de guérison seront grandes.

INDICATIONS DE LA PROSTATECTOMIE D'URGENCE

Depuis plusieurs années, des chirurgiens ont appliqué dans certaines circonstances, à des malades atteints d'hypertrophie de la prostate, la prostatectomie hypogastrique d'urgence. Nicolich s'est fait le défenseur de cette pratique qu'Hartman, Pauchet, Escat, Michon ont imitée, et qui a été bientôt suivie par d'autres chirurgiens ; nous ne citerons que MM. Viannay et Soubeyran, dont nous publions dans cet ouvrage les observations. Les résultats obtenus sont tels, que dès maintenant on peut dire que les prostatiques ont beaucoup à gagner à ce traitement opératoire dans des circonstances cliniques bien déterminées, et selon un mode opératoire aujourd'hui nettement établi. Nous allons envisager d'abord les indications, nous décrirons ensuite la technique à suivre dans l'intervention.

I. — En cas de rétention aigue. — En clinique, deux séries de cas sont à distinguer suivant que la rétention est aiguë ou chronique.

Il est des rétentions passagères courtes, de quelques heures seulement, simples menaces congesti-

ves; elles disparaissent avant même que le médecin soit appelé. Mais il en est d'autres durables où l'on doit alors résoudre les deux questions suivantes :

1° *Y a-t-il rétention?* — Un coup d'œil sur ce malade, une légère exploration de l'abdomen et le diagnostic de rétention aiguë est nettement posé. Les souffrances du patient qui lutte sans résultat pour uriner, les crises intermittentes de contraction vésicale, avec dans l'intervalle un besoin jamais satisfait, l'anxiété du malade qui s'accroît à chaque retard apporté à son soulagement, son impatience, tout cela est bien différent du calme de l'anurique, qui n'éprouve aucun besoin et ne se fait sonder que dans l'espérance de trouver dans sa vessie les urines qu'il ne voit pas sortir.

A l'hypogastre du rétentionniste se dessine le gros globe de la vessie distendue, globe tendu lui-même, rénitent, douloureux.

Quelquefois les malades peuvent uriner de temps en temps quelques grammes d'urine, sans pour cela que la tension soit diminuée. Si la rétention est plutôt incomplète, la tension persiste tout à fait dans la vessie et à l'état aigu, et cette variété de rétention aiguë incomplète ne mérite pas d'être distraite de la rétention complète. Elle comporte le même traitement immédiat.

2° *Quelle en est la cause?* — Déjà l'âge du sujet est une indication. A 20 ans la rétention résulte très probablement d'une blennorragie ou de ses complications. A 40 ans, c'est plutôt un rétrécissement, mais à 60 ans c'est la prostate qui est en cause dans la majorité des cas.

Le toucher rectal viendra confirmer votre diagnostic

et vous trouverez une prostate dure, bosselée, sensible au plus haut degré.

C'est dans un cas semblable, dans un milieu adapté sur un malade qui paraît en bon état, que la prostatectomie sus-pubienne immédiate d'urgence sera une opération à faire avant les sondages et l'infection qui en est souvent la conséquence.

II. — En cas de rétention chronique.

Dans ce cas la vessie est toujours distendue par une quantité assez considérable d'urine, ce qui n'empêche pas le malade d'uriner constamment et de vider tout ce qui, descendant des reins, s'ajoute à ce grand résidu et fait déborder ce vase trop plein. Il y a donc rétention, puisque la vessie contient toujours une grande quantité d'urine ; elle est incomplète, puisque le malade urine constamment ; elle est enfin avec distension, puisque la quantité considérable d'urine qui stagne dans la vessie fait remonter celle-ci jusqu'au niveau de l'ombilic et même au-dessus ; elle est enfin aseptique ou du moins le reste jusqu'à ce que le malade ait été sondé.

Une rétention de ce genre est grave, car ces malades sont en général des dyspeptiques présentant une extraordinaire aptitude à l'infection. La distension de tout leur appareil urinaire constitue une condition éminemment favorable au développement des microbes.

La sonde est pour ces malades une arme à double tranchant capable de les tuer en 24 heures ou de les ramener progressivement à la période tolérable de rétention pure et simple : dans ce cas la responsabilité est d'autant plus grande que le contraste est plus complet entre l'état du malade avant l'intervention et celui qui peut rapidement lui succéder. Ce prostatique à vessie

distendue a une urine limpide ; or, quelques heures après le cathétérisme, même très correctement conduit, il sera en pleine urémie, la langue sèche, le pouls petit et rapide, le cerveau délirant. Une prostatectomie sus-pubienne immédiate sera le meilleur traitement et mettra fin à tous les dangers.

III. — Les calculs sont dans une certaine mesure une indication de la prostatectomie d'urgence. Il en est ainsi de ces récidives calculeuses chez des rétentionnistes complets ; plutôt que de recourir chez eux à des lithotrities successives comme on le faisait autrefois, il est indiqué aujourd'hui de leur supprimer la prostate en même temps que les calculs.

Dans ce cas même les lésions rénales liées à la rétention guérissent.

IV. — En général, si la prostate est grosse, élastique, ferme, on est en présence d'un bon cas à opérer.

Dans certains cas cependant l'observation nous montre que l'intervetion ne doit pas être tentée.

Chez un diabétique on aurait des résultats déplorables dans les cas d'insuffisance rénale accentuée, la guérison ne pourrait s'obtenir.

L'âge avancé et la fièvre assombrissent sans doute le pronostic, cependant certaines observations nous montrent les bons résultats obtenus.

PROCÉDÉ EMPLOYÉ ET TECHNIQUE GÉNÉRALE DE L'OPÉRATION

Deux grandes méthodes sont employées aujourd'hui pour la prostatectomie : voie périnéale et voie transvésicale. Cette dernière conduit directement sur la lésion à enlever dès que la muqueuse vésicale est incisée ; elle permet l'ablation isolée de la tumeur sans léser le tissu propre de la prostate et les organes inclus. Au contraire, par la voie périnéale, on est conduit forcément à inciser et très souvent à exciser tout ou partie du tissu prostatique pour assurer l'ablation complète du tissu néoplasique.

Nous verrons d'une façon plus complète dans l'étude des résultats les raisons qui militent en faveur de la prostatectomie par voie haute et qui l'ont fait adopter par tous les chirurgiens après Freyer en Angleterre et Marion en France.

La préférence étant donnée à la prostatectomie sus-pubienne, nous allons en étudier la technique et les soins consécutifs.

1° Le premier temps de l'opération comprend la *ligature des canaux déférents* faite grâce à une incision de

un cm. à travers les bourses et le cordon. Cette pratique est adoptée dans tous les cas par le professeur Marion pour éviter les orchites provoquées par le séjour de la sonde à demeure, lorsque la plaie vésicale est sur le point d'être fermée.

2° Le deuxième temps consiste dans le *remplissage de la vessie avec de l'air* poussé par une seringue à travers la sonde munie d'un embout à robinet. Ce remplissage doit être fait *au maximum*. Il faut que la vessie bombe à l'hypogastre, qu'elle soit accolée aussi intimement que possible à la paroi abdominale.

3° *Incision de la paroi abdominale* sur la ligne médiane, incision aussi petite que possible, 1 à 5 cm., juste de quoi permettre d'apercevoir la vessie. Plus la boutonnière de la paroi est petite, plus la guérison est rapide.

4° *Ouverture de la vessie*, après avoir écarté au minimum le tissu graisseux prévésical. Petite incision médiane entre deux fils de catgut, passés de chaque côté dans la paroi vésicale.

5° *Ouverture de la loge de l'hypertrophie.* — De ce temps très important dépend la bonne ou la mauvaise énucléation, car, suivant que l'on aura ou non pénétré dans la loge, on trouvera ou non le plan de clivage. Pour pénétrer il faut déchirer la paroi vésicale qui recouvre la tuméfaction. Pour cette déchirure le professeur Marion rejette tous les instruments spéciaux préconisés à ce sujet, et il la fait soit au moyen des doigts, soit au moyen de la pointe de ciseaux courbes maintenus devant l'index et le médius. Il suffit, du reste, d'amorcer la pénétration en un point le plus saillant, soit en arrière, soit sur les côtés du col vésical, mais en tout cas jamais en avant.

6° *Enucléation de l'hypertrophie.* — Plus ou moins facile suivant les cas, l'énucléation est affaire d'habitude, et c'est dans ce temps seul que l'expérience joue un rôle. Elle permet immédiatement de reconnaître si le doigt se trouve dans le bon plan de clivage.

Lorsqu'on se trouvera dans le bon plan, le décollement s'opérera successivement tout autour de la masse, en pénétrant de plus en plus profondément jusqu'à ce que la masse ne tienne plus que par l'urètre prostatique. Pendant tout ce travail, deux doigts de la main gauche gantée introduits dans le rectum refoulent la prostate en haut et la maintiennent.

Lorsque la masse ne tient plus que par l'urètre, il ne faut pas tirer sur elle de façon à l'arracher ; on risquerait en même temps d'arracher la muqueuse de l'urètre membraneux et de provoquer ultérieurement un rétrécissement. Il faut, avec l'ongle du doigt qui a décollé la masse, aller travailler sur l'urètre de façon à le déchirer au ras de la masse, et, dans le cas où la résistance serait trop grande, sectionner l'urètre avec des ciseaux.

Une fois l'énucléation faite, la masse s'extrait facilement de la vessie, au besoin à l'aide d'une pince de Museux.

7° *Tamponnement de la cavité laissée par l'énucléation de la masse.* — Ce temps n'est pas pratiqué par tous les chirurgiens ; il est cependant capital, car il diminue le saignement au point de le supprimer tout à fait. Plus jamais de caillots ; plus de ces malades que l'on trouve fort bien le soir de l'opération et qui, le lendemain, sont morts d'anémie post-hémorragique. Au troisième jour les urines sont claires ou à peu près.

Ce tamponnement est fait dans la cavité de l'énucléation, et non dans la vessie, au moyen de mèches de

2 à 3 doigts de large, munies d'un fil à une de leurs extrémités et repliées en accordéon, de façon à remplir la cavité sans trop la distendre.

8° *Un gros drain vésical est mis en place:* on y ajoute un embout de verre coudé et une rallonge en caoutchouc pour conduire les urines dans un vase; les fils des mèches passent par l'intérieur de ce système. Le professeur Marion y ajoute une petite sonde qui sert au lavage de la vessie. Le drain n'est fixé ni à la vessie, ni à la paroi abdominale. Au besoin,on rétrécit la plaie pariétale par un catgut pour les muscles, par un crin de Florence pour la peau.

9° *Un bon lavage de la vessie* est fait par la petite sonde accolée au drain, le liquide sortant par l'embout muni de la rallonge.

Un pansement épais entoure et couvre la plaie et le drain.

Mais, s'il y a grand intérêt pour les malades à subir la prostatectomie et si leur état général, leurs reins, leurs urines ne présentent pas une garantie suffisante, on peut procéder en deux temps :

a) Ligature des canaux déférents et cystostomie;

b) Douze ou quinze jours après, prostatectomie.

Mais, toutes les fois qu'on le pourra, il vaudra mieux pratiquer l'opération en une séance. Cette façon de procéder présente les avantages suivants : il n'impose au malade qu'une opération et qu'une anesthésie, abrège la durée du traitement et du séjour au lit toujours dangereux chez les vieillards.

Lorsqu'on redoutera l'anesthésie générale, on pourra recourir au procédé de M. Chevassu qui n'emploie l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle qu'au moment

de l'énucléation et exécute les premiers temps sous anesthésie locale.

Les soins post-opératoires sont des plus importants pour le succès définitif de l'opération. Voici quelle est la façon de procéder du professeur Marion :

Pendant les trois premiers jours, le malade a dans sa vessie le tamponnement et le gros drain. Il suffit de faire, matin et soir, un lavage par la petite sonde accolée au drain, jusqu'à ce que le liquide ressorte clair. Pas de lavages continus, sauf le cas d'infection ; et le malade peut avoir 37°5 ou 38° jusqu'à l'ablation des mèches.

Le quatrième jour on retire d'abord le drain, puis les mèches. Celles-ci se décollent très facilement à condition de commencer l'extraction par les dernières mises ; pour cela il suffit de tirer successivement sur les fils qui les attachent, jusqu'à ce que l'une d'elles vienne sans difficultés.

Une fois mèche et drains retirés, on se contente de mettre sur la plaie un pansement à l'ouate de bois ou en cellule, substances absorbant une grande quantité de liquides. Ce pansement est changé selon les besoins, toutes les deux, trois ou quatre heures, jour et nuit.

Au 3e jour, les malades se lèvent et commencent à marcher. Vers le 14e jour, s'ils ne commencent pas à uriner seuls, on met une sonde à demeure. Si celle-ci fonctionne mal, on n'insiste pas, et l'on continue quelques jours encore les pansements absorbants.

Durant tout ce temps, il faut tous les jours pratiquer un lavage de vessie que l'on fera en poussant dans l'urètre une injection à canal fermé ; le liquide forçant le sphincter membraneux ressortira par la plaie ou par le drain.

Les malades seront alimentés le plus tôt possible (2e ou 3e jour) ; on veille soigneusement au fonctionnement de leur intestin.

Ainsi soignés, les opérés arrivent à la guérison du 15e au 25e jour, grâce au tamponnement qui permet de retirer le gros drain le 1e jour, d'éviter à ce moment toute crainte d'hémorragie et d'avoir des urines presque claires.

La miction revient facile et complète ; au début, les malades doivent uriner toutes les heures ou deux heures, puis progressivement toutes les quatre ou cinq heures. Quant, à la reprise des mictions, les malades éprouvent une petite douleur au début et à la fin, il suffit, pour faire disparaître cette douleur, de quelques instillations au nitrate d'argent.

Il n'y a pas lieu de s'inquiéter de la fièvre possible durant les deux ou trois premiers jours, surtout si celle-ci ne dépasse pas 38°, et s'il n'y a pas sécheresse de la langue ; dans ce cas, il faudra réaliser par la sonde le lavage continu avec de l'eau boriquée tiède arrivant goutte à goutte. Ultérieurement la fièvre peut tenir à de l'infection vésicale (lavages fréquents et drainage), à de la suppuration prévésicale (peu de chose à faire), à de la pyélonéphrite de l'urètre (régime lacté, diurétiques, antiseptiques urinaires, pas de cathétérisme).

Avec le tamponnement, les hémorragies sont rares après l'opération. Cependant on peut en observer plus tard, du 8e au 12e jour, par chute d'une parcelle de tissu mortifié ; elles sont toujours sérieuses, et il faut toujours les arrêter par le tamponnement de la loge.

En suivant cette technique, la fistulisation de l'ori-

fice hypogastrique est très rare. Il en est de même pour le rétrécissement du nouveau col vésical et pour l'incontinence. Si ces accidents se produisent, il faut avoir recours soit au cathétérisme, soit à l'uréthrotomie interne, soit à la dilatation.

OBSERVATIONS

Observation I

(Due à l'obligeance de M. le professeur Soubeyran. Publiée dans la thèse du docteur Kehayoglou.)

M. M..., de Saint-Bauzille-de-Montmel, 71 ans, homme d'un tempérament sec et vigoureux.

Première rétention d'urine le 28 mars 1912 : cathétérisme facile avec une sonde à béquille n° 16. Au toucher rectal, grosse prostate. Les urines sont claires.

Seconde rétention le 30 mars : second cathétérisme plus difficile.

Le 31, paraphimosis, réduction, cathétérisme difficile ; sonde à demeure.

Le 2 avril, le malade, ayant laissé sortir sa sonde, a un nouvel accès de rétention.

Il est absolument impossible de le sonder.

D'urgence, sous anesthésie à l'éther, je fais, avec

l'aide des docteurs Arnal et Dumas, une taille sus-pubienne. Évacuation d'une grande quantité d'urine. La prostate paraît assez accessible. Un doigt gauche mis dans le rectum la fait bien saillir. On l'enlève en deux parties correspondant aux deux lobes. Drain de Freyer. Pas d'hémorragie.

Suites excessivement simples.

Se lève le quinzième jour, la fistule est fermée le vingt et unième.

Le malade a repris ses exercices, va à la chasse, urine avec la plus grande facilité.

Il est revu en octobre 1912 et en janvier 1913 en parfait état général et local.

Observation II

(Due à l'obligeance de M. Charles Viannay, chirurgien des hôpitaux de St-Etienne. Publiée dans la *Loire médicale*, 1912.)

Hypertrophie prostatique. — Rétention aiguë. — Cathétérisme impossible.— Prostatectomie d'urgence, après ponction de la vessie.

M. F.-M..., de Panissières, 61 ans. Anciennement amputé de la jambe gauche par M. Duchamp ; éprouve depuis un an des troubles dysuriques relevant d'une hypertrophie de la prostate.

Au début de 1912, M. Duchamp, consulté, a constaté de la rétention chronique et un résidu vésical. Il a conseillé la prostatectomie qui ne fut pas acceptée.

Le 7 avril 1912, survient une rétention aiguë. Le malade consulte à Panissières un médecin qui essaie en vain de le sonder.

Il vient à St-Etienne le 20 avril au soir, et le docteur Fayard, après une tentative infructueuse de cathétérisme, pratique une ponction de la vessie.

En l'absence de M. Duchamp, je vois le malade le 9 avril au matin. Cathétérisme impossible, urétrorragie persistante. 38°4. Langue sèche. Prostate augmentée de volume, bosselée et indurée.

Il y a une indication formelle de pratiquer au moins une cystotomie. Je décide de la faire séance tenante et de profiter de l'occasion pour énucléer la prostate.

Le malade étant donc éthérisé par le docteur Fayard, je pratique, après badigeonnage iodé de l'hypogastre, une taille sus-pubienne qui donne issue à un litre d'une urine trouble et ammoniacale. L'exploration digitale de la vessie permet de reconnaître que la prostate, très augmentée de volume, soulève la région du col de la vessie en une saillie circulaire.

L'index gauche ganté soulevant cette prostate par le rectum, l'index droit pénétra dans la loge prostatique et se mit en devoir d'énucléer l'adénome, ou plutôt les adénomes, car il y avait trois tumeurs distinctes dont le clivage fut assez laborieux.

L'hémorragie, assez abondante, fut arrêtée par le massage de la loge prostatique. Tube de Freyer.

Suites simples, un peu fébriles cependant durant les 10 premiers jours (le malade avait 38°5 avant l'opération).

Le tube de Freyer fut enlevé le cinquième jour. Deux essais de la sonde à demeure sont mal tolérés.

Au bout de 18 jours se produisit une première mic-

tion, la plus grande partie de l'urine continuant à passer par l'hypogastre.

Un mois après l'opération, le malade quittait la clinique avec une petite fistule hypogastrique donnant passage encore à quelques gouttes d'urine.

J'ai revu dernièrement ce malade dont l'état de santé est florissant et qui se trouve heureux « de pisser comme un jeune homme ».

Observation III

(Due à l'obligeance de M. Charles Viannay, chirurgien des hôpitaux de Saint-Etienne. Publiée dans la *Loire médicale,* 1912.)

Hypertrophie de la prostate. — Résection aiguë, fausse route. Prostatectomie d'urgence. — Guérison.

M. F..., 82 ans, habituellement bien portant, a toujours uriné normalement ; il est cependant obligé de se lever la nuit pour uriner, depuis 3 ou 4 ans environ.

Le 29 avril 1912, survient en pleine santé une crise de rétention aiguë. Le malade patiente jusqu'au lendemain, les bains de siège et les applications de cataplasmes sur l'hypogastre n'amènent que quelques mictions par engorgement, insignifiantes.

Le 1er mai, je vois le malade en consultation avec les docteurs Chauve et Forissier. Ce dernier a pratiqué sans succès 2 tentatives de cathétérisme dont une avec cathéter métallique.

Le malade saigne par l'urètre ; un gros globe vésical se dessine à l'hypogastre ; le toucher rectal permet de

sentir une prostate volumineuse, indurée et bosselée. Je fais une tentative prudente avec une sonde à béquille; la sonde s'engage de toute sa longueur, sans pénétrer dans la cavité vésicale : il existe une fausse route.

Nous décidons alors la prostatectomie qui est pratiquée le jour même.

La situation était en somme la même que dans le cas précédent, avec cette différence que le malade était apyrétique et que j'intervins d'emblée sans ponction préalable de la vessie.

L'opération, véritable prostatectomie d'urgence, eut lieu le 1er mai à 6 heures du soir.

Comme dans le cas précédent, je trouvai une volumineuse saillie intra-vésicale « en col utérin » constituée par une prostate bourrée d'adéno-myomes. J'en énucléai 4 après un clivage laborieux ; l'ensemble de ces tumeurs égalait le volume d'un poing d'adulte. Hémorragie assez abondante. Tube de Freyer.

Suites simples. Le sixième jour cependant, une poussée de congestion pulmonaire (deux 39°, matité à la base droite) nous donna quelque inquiétude, puis tout rentra dans l'ordre.

La cicatrisation fut retardée par un léger sphacèle de la plaie intéressant la peau et le tissu cellulaire, sphacèle dû au contact prolongé de l'urine, mais dont l'aspect nous fit demander à un moment donné si le malade n'était pas diabétique.

La recherche du sucre resta négative, du reste la plaie se détergea peu à peu, mais la cicatrisation ne fut complète qu'au bout d'un mois et demi.

RÉSULTATS

L'étude des résultats de la prostatectomie doit envisager la question de la survie des opérés ; l'examen des résultats anatomiques de l'opération ; enfin, le point le plus important est de savoir comment s'effectuent les fonctions génito-urinaires des prostatectomisés quand ceux-ci sont revus à longue échéance. Il faut voir aussi dans quelle mesure l'opération a porté remède aux troubles fonctionnels dont ces malades souffraient ; voir si l'opération a créé des troubles nouveaux et lesquels. En somme, il s'agit d'établir l'état dans lequel se trouvent la majorité de ces opérés quand ils sont sortis de la période de convalescence.

Survie post-opératoire

Il est surtout important de se documenter sur la gravité immédiate de la prostatectomie.

La question de durée de survie des opérés est moins importante. En effet, au moins actuellement, on ne pratique guère la prostatectomie que sur des sujets déjà âgés, souvent déjà tarés par la vie. Leur survie plus ou

moins longue ne dépend que d'une façon médiocre de l'opération pratiquée et des lésions enlevées. Le facteur récidive, intéressant lorsqu'il s'agit de cancer ou de tuberculose, n'a qu'un rôle effacé dans le cas de fibro-adénome.

Le délai fixé pour les morts post-opératoires est de quatre à neuf semaines. Young donne une moyenne de 3,77 p. 100 ; Freyer, 9,3, 6,5, 6,1, 1 p. 100. D'une façon générale on peut établir une moyenne de 7 à 9 p. 100.

Young a eu un malade qui a eu une survie de 7 ans.

On peut donc dire qu'une fois passée la période post-opératoire immédiate, la prostatectomie n'a aucun résultat défavorable sur la vie des opérés.

Résu tats anatomiques

1° *Loge prostatique.* — L'énucléation de l'adénome donne au-dessous de la vessie une cavité dont les parois reviennent un peu sur elles-mêmes. A la partie postérieure et supérieure, la limite de cette cavité avec la vessie est marquée par une saillie transversale d'où se détache un lambeau de muqueuse vésicale qui tombe dans la loge prostatique. A la partie inférieure s'ouvre l'urètre au niveau à peu près du veru montanum. Les parois de cette loge tendent à se cicatriser rapidement. Elles se recouvrent par prolifération de l'épithélium vésical et urétral s'avançant à la rencontre l'un de l'autre.

Le résultat est définitif au bout de quelques mois.

La loge prostatique, grande alors à loger une noisette

ou une noix, prolonge en bas la vessie, donnant à l'ensemble la forme d'une gourde renversée.

2° *La vessie*. — Les résultats anatomiques sur la vessie sont moins importants que les résultats fonctionnels. Ils comprennent la suppression du bas-fond, la diminution de la tension vésicale, les modifications des lésions de cystite.

La suppression du bas-fond vésical résulte de la suppression de l'obstacle créé par l'adénome sous-urétral. Cependant cette suppression n'est pas absolue, et pendant les premiers mois il existe encore de la rétention partielle, rétention qui cependant disparaît peu à peu.

Au delà d'un an, les résultats imparfaits sont rares et tous les malades de Marion vident complètement leur vessie.

Grâce à cette évacuation complète, la capacité vésicale revient peu à près à la normale. Hartmann et Vrain ont trouvé 250 gr. chez 17 opérés sur 20.

Grâce à ce drainage (opératoire et physiologique), les lésions de cystite s'atténuent. Le pus disparaît et les hématuries sont supprimées.

Les fistules vésico-cutanées n'ont pas été observées au delà d'un an.

Les fistules vésico-rectales, rares, sont plus durables et peuvent être définitives.

3° *L'urètre*. — Lorsque la cicatrisation est bien faite, l'urètre s'ouvre à la partie inférieure de la loge par un orifice assez large. Son calibre et celui de l'urètre membraneux permettent le passage facile de l'urine et des sondes.

Le rétrécissement cicatriciel de l'orifice est rare sur-

tout lorsqu'on a employé le procédé sus-pubien. Freyer, sur 61 prostatectomies, ne l'a observé que trois fois.

4° *Les canaux éjaculateurs.* — Ils ne sont en rapport avec l'adénome sous-urétral que d'une façon médiane et sont déplacés sans être englobés. Ils sont fatalement détruits dans la prostatectomie périnéale et avec eux une portion des vésicules séminales. Dans la prostatectomie sus-pubienne, il n'y a de lésion ni du veru montanum, ni des canaux éjaculateurs. Le sperme s'écoule dans la cavité prostatique et bien souvent se mélangeant à l'urine ne peut être projeté au dehors.

Résultats fonctionnels

C'est le point le plus important de ce chapitre. Car ce que demande surtout le malade à une opération, c'est de le soulager et de le guérir des troubles fonctionnels dont il souffre.

Les symptômes les plus marquants de l'hypertrophie de la prostate portant sur l'évacuation de la vessie, c'est donc la modification de ces symptômes que l'on doit tout d'abord étudier.

1° *La miction après la prostatectomie.* — Chez le plus grand nombre des malades, les troubles de la miction sont guéris ou améliorés d'une façon presque complète ; chez quelques malades seulement, du fait de complications tardives, l'excrétion urinaire est encore défectueuse, soit par incontinence, soit par rétention.

Les opérés du premier groupe présentent des caractères de la miction que l'on peut considérer comme excellents. Ce résultat n'est pas immédiat et la vessie s'adapte peu à peu aux nouvelles conditions physiologiques qui lui sont faites par l'ablation de l'obstacle prostatique. Au bout d'un an le résultat est regardé comme définitif.

Le nombre des mictions revient à la normale ou à peu près. La miction nocturne disparaît chez 22 °/₀ des opérés ; 66 °/₀ ne se lèvent qu'une fois la nuit. Dans la journée, il y a quatre ou cinq mictions. La miction se fait sans efforts, sans douleurs. Le jet est plus fort qu'avant l'opération. Chez 17 malades sur 20, Vrain a trouvé une capacité vésicale de 200 à 250 gr.

D'après Young, 88 °/₀ des opérés peuvent retenir leur urine pendant trois ou quatre heures au delà du moment où ils éprouvent le besoin de pisser.

Cependant on observe quelquefois la persistance d'un résidu vésical ; mais cette rétention incomplète n'est pas suffisante pour causer des troubles.

Quelques malades ne bénéficient pas de résultats aussi favorables ; chez eux la miction est modifiée par des complications durables.

D'après Desvos, Proust, la complication le plus à craindre est l'incontinence vésicale. Lorsqu'elle persiste un an après l'opération, elle est définitive et presque toujours grave.

Le degré le plus léger est dû pour une certaine part à l'anesthésie liée au traumatisme opératoire, à la destruction de la muqueuse de l'urètre prostatique.

A côté de cette forme, il faut citer la fausse incontinence due aux besoins impérieux, fausse incontinence qui existe chez les sujets très âgés.

Au delà d'un an on ne constate jamais la faiblesse sphinctérienne où l'urine s'écoule en petite quantité quand le malade est debout depuis longtemps.

Il y a enfin une forme grave et définitive. Le malade perd ses urines dans le décubitus comme dans la position debout; mais le malade a encore des mictions volontaires. Ces faits, heureusement, sont rares et le deviennent de plus en plus.

Sur 1.573 opérations, Ertzbischoff ne relève que onze cas d'incontinence tant précoce que tardive; Young, trois cas d'incontinence partielle sur 150 opérés.

Après l'incontinence, nous retrouvons la rétention d'urine complète ou incomplète, les rétrécissements, les douleurs et les difficultés de la miction. Ce n'est que tout à fait exceptionnellement que la miction est troublée par l'existence d'une fistule vésico ou urétro-rectale.

2° *Etat des urines après la prostatectomie.* — L'urine redevient claire. C'est surtout dans les cas de cystite que l'amélioration est notable. Les résultats heureux se manifestent sur la pyurie, sur l'albuminurie qui s'atténue ou disparaît et sur la polyurie dont le taux s'abaisse quelquefois très rapidement. On a constaté aussi la diminution du volume des reins. MM. Castaigne et Lavenant, au dernier Congrès français d'urologie, ont présenté des observations de prostatiques ayant des néphrites chroniques hydruriques avec symptômes d'hypertension et phénomènes cardio-vasculaires dont l'état redevint normal après la prostatectomie. Cette modification sera mise en évidence par le bleu de méthylène comme l'a préconisé M. Noguès (de Paris). Mais cette action favorable n'est pas toujours obtenue.

La lithiase est exceptionnelle après la prostatectomie, sauf lorsqu'il y a rétention.

3° *L'état général après la prostatectomie.* — Tous les auteurs s'accordent à noter les bons effets de la prostatectomie sur l'état général. Le gros facteur de cette amélioration est la désinfection énergique des voies urinaires du fait du drainage vésical. Le rein n'étant plus en tension fonctionne mieux, élimine les toxines organiques avec une intensité plus grande.

L'état général des opérés s'améliore aussi du fait de la suppression de leur infirmité toujours pénible.

4° *Les fonctions sexuelles après la prostatectomie.* — Il est inutile de s'occuper des malades chez qui elles étaient abolies avant l'opération.

La prostatectomie sus-pubienne est bien moins nocive aux fonctions sexuelles que la prostatectomie périnéale. Leguеu, Papin, Pauchet, Suher, Loumeau constatent le maintien de la puissance sexuelle. Young et Füller sont plus encourageants et prétendent que la prostatectomie sus-pubienne améliore le pouvoir sexuel.

Verhoogen, en 1908, a opéré un malade n'ayant pas 50 ans et qui a retrouvé sa génitalité peu de temps après l'opération. Les fonctions, au dire du malade et de sa femme, s'accomplissent bien mieux qu'avant l'opération.

Luys : « Homme de 65 ans. Prostatectomie en 1905 ; en 1908, rapports sexuels réguliers et agréables une fois par semaine. »

Steiner : « Homme de 61 ans. Pratique le coït deux ou trois fois par semaine. Erection et éjaculation normales : orgasme plus violent qu'avant l'opération. »

La suppression de l'appétit sexuel ne se produit que chez des sujets âgés.

L'érection est conservée dans la majorité des cas.

L'éjaculation au dehors est le plus souvent absente.

Enfin, dans la plupart des cas où le coït est possible, l'orgasme se produit même s'il n'y a pas éjaculation externe.

BIBLIOGRAPHIE

AUGIER. — Thèse Paris, 1909-1910, n° 121.

AYBARD. — Thèse Paris (Univ.) 1910-1911, n° 385.

BÉRARD. — Rapport du cancer et de l'hypertrophie de la prostate (Thèse Montpellier, 1903-04, n° 56).

BOULOUNEIX. — Prostatectomie : Résultats opératoires et cliniques (Thèse Paris, 1905-06, n° 58).

CARMOUZE. — Valeur comparée de la prostatectomie périnéale et transvésicale (Thèse Bordeaux, 1903-1904).

CASARIEGO (G.). — La prostatectomie supra-pubienne (Cron. méd.-quir. de la Habana, 1909, p. 93-95).

CATHELIN (F.). — Conférences cliniques et thérapeutiques de pratique urinaire, 1912.

COUSIROLES (J.). — Prostatectomie transvésicale d'après le procédé de Marion (Arch. méd. et pharm. navales (Paris, 1911).

DEANER (J.-B). — The indications for surgery of the prostate (Intern. clin. Philad., 1909, 19e série, 228-241).

DEROIDE. — Les fonctions sexuelles et la prostatectomie (Thèse Paris, 1909-1910, n° 240).

DESVOS (E.). — Indications de la prostatectomie Journal de Médecine de Paris, 1911, 2e série, 531).

DESVOS (E.) et MINET (H.). — Traité des maladies des voies urinaires.

DUVAL (Pierre). — Chirurgie de l'appareil urinaire et de l'appareil génital de l'homme, 1910.

ESCAT (J.). — Prostatectomies transvésicales d'urgence (Association française d'urologie, 1908-1909).
FISER. — Prostatectomie sus-pubienne (Concours médical, 1912, p. 1889-1891).
FORGUE. — Traité de Path. externe.
GOULD (A.-D.). — Arch. Middlesex Hosp. London, 1909.
JULIEN. — Valeur comparée de la prostatectomie périnéale et transvésicale (Thèse Lille, 1906-1907).
KOLISCHER (G.). — Systematized technic of suprapubic prostatectomy (J. Am. Ass. Chicago, 1909).
LEGUEU. — Traité chirurgical d'urologie.
LUYS (G.). — Des indications de la prostatectomie (Clinique. Paris, 1909).
MARCORELLI (D.-G.). — Prostatectomia d'urgenza (Riv. Ospedal. Roma, 1911).
MARION (G.). — Prostatectomie sus-pubienne, indications, technique et soins post-opératoires (Presse Méd., 1909, p. 33-36).
— Prostatectomie sus-pubienne : Résultats de 3 ans de pratique (Paris Médical, 1911).
MITCHELL (A.-B.). — Prostatectomy during acute retention (Brit. M. J. London, 1911).
MULLER. — Résultats de la prostatectomie sus-pubienne (Lyon Médical, 1909).
PROUST. — Résultats éloignés de la prostatectomie (Congrès de Londres, 1911).
PAPIN. — Prostatectomie et fonctions sexuelles.
REGINO-GONZALÈS. — Congrès de Londres, 1911.
SOUBEYRAN. — Une observation de prostatectomie d'urgence. *in* thèse Kehayoglou, Montpellier 1912, n° 3 (Université).
TÉDENAT. — Hypertrophie de la prostate (Montpellier Méd., 1908).
VIANNAY. — Six cas de prostatectomie d'urgence (Association française d'urologie, 1912).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Montpellier, le 24 avril 1913.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 24 avril 1913.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!